Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE COQUELUCHE (TOS CONVULSA)

TC

Definición de caso

Caso sospechoso: paciente > de 6 meses con por lo menos 14 días de tos, afebril, y que presenta uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómito posterior al acceso de tos y expectoración mucosa y filante sin otra causa aparente. Todo < de 6 meses con infección respiratoria aguda, tos, apnea o cianosis independientemente del tiempo de evolución. En situación de brote se debe ajustar la definición de caso de acuerdo a la situación epidemiológica

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia:_____ Departamento:_____ Localidad:_____

Establecimiento Notificante:_____ Fecha de Notificación: _____/_____/_____

Apellido y Nombre del Profesional:_____

Tel.:_____ Fax: :_____ e-mail:_____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres:_____

Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____

Domicilio actual:_____ Tel. propio o vecino:_____

Referencia de ubicación domicilio:_____ Localidad_____

Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta _____/_____/_____. Fecha de inicio de los síntomas _____/_____/_____

Neumonías	☐	Tos	☐	Estridor inspiratorio	☐
Vómitos	☐	Tos paroxística	☐	Cianosis	☐
Convulsiones	☐	Fiebre	☐	Síntomas catarrales	☐
Duración de la Tos (en días) _____ días				apnea	☐

4. DATOS DE VACUNACION

Cuádruple Si ☐ No ☐ Triple bacteriana Si ☐ No ☐ Nº de dosis _____ Fecha última dosis ___/____/_____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Estuvo en contacto con un caso sospechoso de tos persistente o con una persona con síntomas similares a la del caso? Si ☐ No ☐ N/C ☐

Quién? _____

Tuvo conocimiento de algún otro caso confirmado de tos convulsa? Si ☐ No ☐ N/C ☐

Viajó en los últimos 30 días? Si ☐ No ☐ Lugar: _____

Durante el viaje estuvo en contacto con un caso de Tos persistente? Si ☐ No ☐ N/C ☐

Asiste a alguna institución? Si ☐ No ☐

Domicilio laboral/ escolar: _____

6. EXAMENES DE LABORATORIO				
Tipo de muestra	**Fecha**	**Lugar enviado**	**Resultado**	**Técnica (Serologìa, PCR,CultivoVirológico)**
Hisopado				
Aspirado				
Esputo				
Suero				

7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION				
	Nº de contactos estudiados	**Nº de contactos que recibieron ATB**	**Esquemas controlados**	**Esquemas completos**
Contactos familiares				
Contactos laborales				
Contactos escolares				

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Fecha hospitalización: _____/_____/_____

Complicaciones ☐ Secuelas ☐ Fallecido ☐ Fecha_____/_____/_____ Desconocido ☐

Clasificación Final Caso confirmado ☐

Caso descartado ☐

Fecha_____/_____/_____

_____

Firma y Sello Médico